Lane Medical Library

UEBER

PATHOLOGIE

UND

DIAGNOSE

DES

MITTELFELL- UND LUNGENKREBSES.

Inaugural- Abhandlung

von

DR. JOS. PAYR.

Augsburg, 1854.
Druck von Friedrich Kohler.

Seinem

lieben Freunde und Collegen

Herrn

Ferdinand von Wachter,

Doctor der Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe
z. Z. practischem Arzte in Sonthofen

zur Erinnerung

an die Tage gemeinsamen Wirkens

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ueberpathologieu0000drjo

Ueber

Pathologie und Diagnose

des

Mittelfell- und Lungenkrebses.

Dem Studium der Brustkrankheiten von jeher mit besonderer Vorliebe zugethan, habe ich mir im vorliegenden Aufsatze ein Thema gewählt, welches meines Wissens erst in den jüngst verflossenen Jahren einer genaueren Beobachtung gewürdigt wurde.

Wohl haben Morgagni, van Swieten, Laennec, Andral und Andere über diesen Gegenstand früher schon interessante Beobachtungen mitgetheilt, doch fing man erst in neuester Zeit an, dieses Leiden mit Rücksicht auf seine Symptome und physicalischen Zeichen zu beobachten, und Franzosen sowohl, als namentlich Engländern gebührt das Verdienst, über dieses Dunkel einiges Licht verbreitet zu haben.

So erfreulich indess auf der einen Seite die Fortschritte der Diagnostik sind, so betrübend ist auf der andern der Standpunkt unserer Therapie, die dem Arzte keine Waffe zu bieten vermag, um solch gefährlichen Feinden alles Lebens das Feld streitig zu machen. Desshalb ist es auch für ein Glück zu erachten, dass das Vorkommen dieses Uebels im Allgemeinen zu den selteneren gezählt werden kann, obschon laut der neuesten Zusammenstellungen eine auffallende Vermehrung der Fälle sich ergeben hat.

Im Ganzen scheint dieses Leiden auf brittischem Boden heimischer zu sein, als bei uns; doch hat auch Deutschland in neuester Zeit eine Masse solcher Exemplare gesammelt.

Die Krebsdyscrasie, wohl eine der häufigsten nach der tuberculösen, ist selten eine acut verlaufende Blutkrankheit, sondern gewöhnlich chronischer Natur und stets mit Localisation verbunden. Ihre Entstehung scheint sie der hypinotischen Beschaffenheit des Blutes zu verdanken und sich entweder protopathisch aus der normalen Krase hervorzubilden, oder deuteropathisch aus einer andern, der tuberculösen oder venös-fettigen Krase zu entwickeln.

Ihr Product kann unmerklich, oder unter Entzündungs-Symptomen gesetzt werden und allmählich verschiedene Metamorphosen eingehen.

Am häufigsten erscheint die Krebsdyscrasie im höheren Mannesalter und bei Frauen in den klimacterischen Jahren.

Wassersucht oder allgemeine Tabescenz sind ihre Ausgänge.

Obschon der Krebs in allen gefässhaltigen Organen sich localisiren kann, so scheinen doch gewisse einzelne vorzugsweise seiner Entwickelung günstig zu sein, und wenn unter diesen auch die Lungen nicht den ersten Rang einnehmen, da sie gewöhnlich erst secundär ergriffen werden, so ist doch nicht in Abrede zu stellen, dass auch primitiver Lungenkrebs, wenn gleich selten, beobachtet wird, wie ich ihm in einem Falle zu begegnen Gelegenheit hatte.

Die Form, unter welcher dieses Uebel die Lungen und das Mittelfell beschleicht, ist die des Markschwamms, der sowohl als Infiltrat sowie in Knotenform von der Grösse einer Erbse bis zu der einer Wallnuss auftreten kann und je nach Verschiedenheit seiner Mischungsverhältnisse sehr verschieden ist. Seine Consistenz kann vom Halbflüssigen, Rahmartigen bis zum Speckigen, ja selbst Knorplichen differiren und seine Farbe ist der verschiedensten Nuancirung unterstellt. Die

Textur ist bald eine homogene, bald körnig, faserig, gelappt, drüsig u. s. f. Gewöhnlich geht die Entwickelung des Markschwammes in den Lungen langsam von Statten, nicht selten jedoch wird derselbe auch acut abgesetzt und wuchert sodann rasch zu beträchtlichem Umfange heran.

Der Krebs des vordern Mediastinums gibt sich bisweilen äusserlich schon durch Hervortreibung des Brustbeines und der Intercostalräume zu erkennen, ist mehr oder weniger mit den abjacirenden Theilen verwachsen, erreicht oft eine enorme Grösse und dislocirt dann Herz, Zwerchfell und Lungen.

Die im hintern Mediastinum gelegene Krebsmasse drückt auf die Bronchien, die Luft- und Speiseröhre und obliterirt die Arteria subclavia. Zuweilen greift die krebsige Degeneration auf das Brustfell, auf die Rippen und Muskeln über und zieht diese Theile mit in die pseudoplastische Vegetation.

Fast immer ist mit dem Krebse des Mittelfelles die Bildung des Encephaloids in den Lungen verbunden, welches meistens secundär auftritt und in Form von erbsen- bis wallnuss-grossen im Parenchyme zerstreuten hirnartigen Massen vorzukommen pflegt.

Auch in den Bronchien, wo sie der Schleimhaut adhäriren, sind solche Ablagerungen nicht selten.

Diese Form des secundären Lungen-Encephaloids ist überhaupt die häufigste, tritt oft nach Exstirpation krebsiger Geschwülste auf und zeigt sich in vielen Organen. Nur selten kommt sie als primärer Krebs und ohne vorhergegangene carcinomatöse Affection anderer Theile vor.

Eine andere, weit seltenere Form des Lungenkrebses ist die krebsige Infiltration, wobei eine ganze Lunge, gewöhnlich jedoch nur ein Lappen derselben in eine speckartige, hirnähnliche Masse verwandelt wird, in welcher Gefässe, Nerven und Bronchien zu einem homogenen Ganzen verschmolzen erscheinen.

Diese Degeneration zeigt nirgends deutliche Grenzen. Die kranke Lunge quillt bei Eröffnung der Brusthöhle aus dieser hervor, ist ansehnlich vergrössert und erweitert zuweilen selbst die Capacität ihrer Thoraxhälfte. Die Rippen werden auseinandergedrängt, Lunge, Luft- und Speiseröhre comprimirt und die Muskeln in Mitleidenschaft gezogen.

Selten findet Erweichung statt, weil gewöhnlich der Tod durch Erstickung oder andere Zufälle schon früher eintritt.

In allen von mir beobachteten Fällen waren gleichzeitig beide Lungen ergriffen, während das die Encephaloid-Knoten umgebende Parenchym nur in den nächsten Confinien hepatisirt, übrigens normal sich zeigte.

Sämmtliche Autoritäten sind darin einig, dass die carcinomatöse Degeneration der Lungen die Tuberculose ausschliesse und dass die hierüber mitgetheilten Beobachtungen des Gegentheiles auf Irrthum beruhen.

Die Erkenntniss des Lungenkrebses war bis auf die neueste Zeit grossen Schwierigkeiten unterworfen und erst die Leichenöffnungen verschafften dem Arzte Gewissheit über die Natur des behandelten Leidens. Anders verhält es sich jetzt, wo Stethoscop und Plessimeter unentbehrliche Werkzeuge desselben geworden sind und ihm bei kunstgeübter Handhabung einen klaren Blick in das Gehäuse der Kreislauforgane verstatten.

Desshalb ist auch nach dem heutigen Standpunkte der Diagnostik diese Schwierigkeit grösstentheils bewältigt und eine directe Diagnose dieses Leidens möglich, was ich in der Folge zeigen werde, nachdem ich erst dem semiotischen Theile desselben werde Rechnung getragen haben.

Das erste Stadium des Lungenkrebses ist latent, und die Zeichen, die ihm Canstatt vindicirt, gehören einer spätern Periode desselben an. Wie sollen auch einige aus dem Blute abgesetzte und im Lungenparenchyme eingebeetete Krebszellen eine Gruppe solch intensiver, tiefes constitutionelles Ergriffen-

sein voraussetzender Zeichen im unmittelbaren Gefolge haben, bevor sie nicht nach was immer für Entwicklungsgesetzen durch Volumszunahme und hiedurch bedingte Kränkung des nachbarlichen Gebietes sich als feindliche, nicht assimilirbare, somit nicht zur Einheit des organischen Ganzen gehörige pseudoplastische Wesen geltend gemacht haben?

Dass diess die Krebszelle nicht verschulde, beweisen andere analoge Processe in den Lungen, deren Producte, schnell gesetzt, ein viel grösseres Terrain usurpiren, ohne von solch stürmischen Erscheinungen begleitet zu sein.

Auch auf Rechnung der bestehenden Blutkrase können diese Zeichen nicht geschrieben werden, da dieselbe kaum Gegenstand ärztlicher Beobachtung ohne vorgängige nachweisbare Localisation sein dürfte.

Aus den angeführten Gründen nun, sowie aus dem Umstande, dass die carcinomatöse Affection anderer Organe und Körperregionen lange neben ungetrübtem Allgemeinbefinden bestehen könne, geht hervor, dass diese Zeichen einem späteren Zeitraume des Lungenkrebses angehören, da überdiess das Lungen-Parenchym von einem Krebsknötchen kaum mehr insultirt wird, als von einer entsprechenden Tuberkelmasse, die doch erfahrungsgemäss lange ohne auffallende Gesundheitsstörung bestehen kann.

Das erste Stadium dieses pathologischen Processes, sage ich, ist latent, und die Zeichen desselben entgehen der Beobachtung des Arztes, weil die hiedurch erzeigten Functionsstörungen so minutiöser Natur sind, dass selbst der Kranke ihrer nicht achtet, und darum auch ärztliche Hilfe gar nicht sucht. Ueberdiess ist noch denkbar, dass viele pneumonische und pleuritische Zufälle, die ihre Entstehung der Entwickelung dieses Uebels verdanken, momentan durch den antiphlogistischen Heilapparat beseitigt werden können, worauf der Kranke die Heilanstalt verlässt, seinen Wohnsitz verändert, oder bei seiner Wiederkehr in das Hospital einer andern Ab-

theilung überantwortet wird, wodurch dem erst behandelnden Arzte wichtige Momente für die Endeckung dieses Leidens entzogen werden; während im entgegengesetzten Falle die häufigen in immer kürzern Intervallen auftretenden Recidiven ihm die suspecte Natur des zu Grunde liegenden Uebels verriethen.

Ein geringer Grad von Brustbeklemmung, periodisch sich einstellende flüchtige Stiche, die der Kranke an der leidenden Stelle fühlt, mögen die Entwickelung des Lungenkrebses begleiten und somit die Zeichen des ersten Stadiums darstellen, das von verschiedener Dauer sein kann. In immer kürzeren Intervallen wiederkehrend steigern sich diese Symptome im Verhältnisse der Massenzunahme des pathischen Products und der immer weiter gedeihenden specifiken Blut'-Entmischung. Die bezeichnete Brustbeklemmung wandelt sich in permanente Schwerathmigkeit um und steigert sich im weiteren Verlaufe zur Orthopnoe, der stechende Brustschmerz nimmt an Intensität und Häufigkeit der Wiederkehr zu, strahlt auf Schultern und Rücken aus und wird von einem trockenen quälenden Reizhusten begleitet, der längere Zeit gewöhnlich ohne, später erst mit serös-schleimiger, öfter blutgestriemter Expectoration fortbesteht.

Diese Zeichen verkünden den Beginn des zweiten Stadiums, das gleichfalls viele Wochen, selbst Monate währen kann.

Schreitet in diesem Zeitraume die Entwickelung des Kacoplasmas rasch vorwärts, was nicht selten bei Krebsgeschwülsten des Mittelfelles beobachtet wird, und gelangt dasselbe hiedurch zu beträchtlichem Umfange, so wird als natürliche Folge davon die Erweiterung der entsprechenden Thoraxhälfte sich bemerkbar machen, eine Erscheinung, der wir indess nur beim Krebse des Mediastinums oder bei der noch selteneren Form der krebsigen Infiltration, nie beim Encephaloidtuberkel des Lungengewebes begegnen. In zweien von mir beobachteten Fällen fehlte dieses Zeichen und wurde ebenso in dem von Pfaff im Jahre 1848 zu Erlangen behandelten

und ausführlich mitgetheilten Falle vermisst, obschon die Krebsgeschwulst zu enormem Umfange gediehen war. *)

Im weiteren Verlaufe wird die Respiration mehr und mehr abdominal und die Expansionsfähigkeit der leidenden Thoraxhälfte wesentlich beeinträchtigt, ohne dass es jedoch zur vollendeten Paralyse kömmt, die wir in sehr vorgerückten Stadien der tuberculösen Lungen – Phthise beobachten. Eine Ausnahme hievon dürften wohl nur die höchst seltenen von Stokes mitgetheilten Fälle machen, in welchen die eine oder andere Lunge total in homogene Krebsmasse verwandelt war.

Bezüglich der Lage solcher Kranken stehen die Beobachtungen Canstatts im Widerspruche mit denen von Williams, Stokes und den meinigen und finden genügende Widerlegung in den Gesetzen der Natur und der Erfahrung.

Der mit Encephaloidtuberkeln der Lunge behaftete Kranke wird meist in der Rückenlage befindlich angetroffen, wird jedoch auf der einen oder andern Seite abwechselnd ruhen können, wenn nicht die Entartung der einen Lunge vor der der andern namhaft präponderirt, was übrigens bei dieser Form des Lungenkrebses seltener geschehen dürfte.

Der an totaler, oder mindestens lobärer krebsiger Infiltration Leidende gleicht in Bezug auf Körperlage ganz dem mit monolateralem Empyem Behafteten; immer wird ihn der Arzt in der Rückenlage mit einer Viertelswendung des Rumpfes nach der leidenden Seite finden.

Beim Krebse des hintern Mittelfellraumes ist die Rückenlage die gewöhnliche, während bei Affection des mediastini anterioris und bedeutender Volumszunahme des pathischen

(* Die Haltlosigkeit dieses Zeichens und der untergeordnete Werth desselben für die Diagnose findet überdiess noch eine Bestätigung in der Thatsache, dass nicht selten sogar die leidende Seite trotz der namaften Entartung der Lunge eingesunken erscheint, wie Stokes und Hudghes erzählen.

Products der Kranke mit vornübergebeugtem Rumpfe im Bette sitzend gefunden wird, welche Stellung er sich durch Faltung der Hände vor den Knien zu erleichtern sucht.

Die der Entartung entsprechende Thoraxhälfte gibt einen völlig matten Percussionston bei krebsiger Infiltration eines Lappens, oder beim Markschwamm der Mittelfellräume, wenn er zu ansehnlichem Umfange herangewachsen ist.

Encephaloidtuberkel der Lungen sind dem Plessimeter nur zugänglich, wenn sie die Grösse eines Taubeneis oder einer Wallnuss erreicht haben und nicht zu tief im Parenchyme eingelagert sind. Von geringerem Umfange, aber zahlreich und ziemlich gleichmässig im Gewebe vertheilt werden sie den Percussionston der leidenden Seite gleichmässig dämpfen.

Das Stethoscop wird in solchen Fällen compensiren, was dem Plessimeter unerreichbar ist. Mit Hilfe desselben können wir im Umkreise des Krebsknotens schwaches Bronchialathmen und Bronchophonie, in zwei von mir beobachteten Fällen wegen Entzündung des adjacirenden Parenchyms deutliches Knisterrasseln vernehmen. Dass bei carcinomatöser Infiltration eines Lappens, oder bei ausgedehntem Drucke eines Mittelfellkrebses auf die eine oder andere Lunge oder auf das Herz und die gröseren Gefäss-Stämme je nach der Intensität des Druckes oder der Dignität der meist comprimirten Stelle die verschiedensten Respirations- und Herzgeräusche, Oedem der einen oder andern Seite, Druckbrand etc. uns begegnen können, unterliegt kaum einem Zweifel. Lange währt es, bis gar keine Undulation der leidenden Thoraxhälfte mehr gefühlt werden kann.

Werthvolle Zeichen sind die der carcinomatösen Dyscrasie im Allgemeinen, obschon sie gewöhnlich erst in einem späteren Zeitraume des Uebels hervortreten und nicht selten wegen vorgealterten oder sonnverbrannten Gesichtes des Kranken schwer erkannt werden. Sie manifestiren sich in allmäligem Schwinden der Kräfte, in zunehmender Abmagerung

und grosser an Oedem gränzender Schlaffheit der Muskeln. Das Gesicht des Kranken erhält eine livide, schmutzig gelbe, erdfahle, cachectische Färbung; die Züge desselben verrathen Angst und tiefes Leiden; die Haut ist trocken, gegen Abend gewöhnlich heiss, oft pergamentartig, der Puls klein und weich, etwas beschleunigt, oft unregelmässig und bei Compression der Arteria subclavia an der leidenden Seite gar nicht oder äusserst schwach fühlbar bei übrigens normaler Beschaffenheit des Pulses der andern Radialarterie.

Als das untrüglichste Symptom habe ich die Dysphagie kennen gelernt, die leider erst gegen das Ende des zweiten Stadii aufzutreten pflegt, aber keineswegs bloss mechanischen Einflüssen, sondern specifiken dynamischen Agentien ihr Entstehen zu verdanken scheint.

Oedem der leidenden Seite sah ich nur nach Gefässdruck entstehen, dagegen fünfmal in sieben Fällen im Beginne des letzten Stadii krebsige Affection der verschiedenen subcutanen Drüsen oder Hervorbildung scirrhöser Geschwülste an beliebigen Körperstellen.

Oft fehlt, besonders in den ersten Stadien, jede fieberhafte Aufregung, oder ist höchst unbedeutend und ohne merkliches Froststadium.

Zu eigenthümlichen Colliquationen wie im hectischen Fieber kommt es nicht.

Der Appetit ist gering und häufig hartnäckige Stuhlverhaltung zugegen.

Bei krebsiger Infiltration der rechten Lunge und sehr ausgebreitetem Markschwamm der Mittelfellräume findet man öfter die Leber aus ihrer Normallage nach unten verdrängt. Ein gleiches Loos theilt die Milz bei Affection der linken Seite, sowie auch das Herz nach verschiedenen Richtungen dislocirt und dessen Impuls unregelmässig und geschwächt angetroffen wird. Nicht selten sind Blasebalggeräusche hiedurch bedingt, die alsdann die Diagnose wesentlich erschweren.

Bemerkenswerth ist noch die gegen die Mitte des zweiten Stadii sich einstellende Erweiterung der Jugular – und anderer superficieller Venen, sowie in einzelnen Fällen die Heiserkeit und merkliche Kraftabnahme der Stimme, die bis zur vollendeten Aphonie sich steigern kann, wie ich in einem jüngst behandelten Falle beobachtete, den ich weiter unten mittheilen werde.

Gewiss eine seltene Erscheinung ist die Erweichung des Lungenkrebses, da die grosse Mehrzahl der Kranken den Eintritt dieser Metamorphose nicht erlebt und gewöhnlich an Erschöpfung oder Suffocation zu Grunde geht. Ich habe sie nie beobachtet und entnehme daher die hiedurch bedingten Erscheinungen der Mittheilung anderer Autoren.

Diese Erweichung, welche, wäre sie ein konstantes nie fehlendes Symptom, am passendsten den Beginn des dritten Stadii verkünden würde, soll sich durch öfter wiederkehrende haemoptoïsche Anfälle offenbaren; die anfangs serös schleimige Expectoration verwandle sich alsdann in eine eitrige, jauchige, höchst foetide, welchen Geruch auch der Athem des Kranken annehmen soll. Die Sputa selbst seien röthlich – braun, von rahmartiger Consistenz und leichter als Wasser. Das Mikroskop soll in denselben die Krebszelle nachweisen?! Gleichzeitig gewinne das Gesicht den der Krebscachexie eigenthümlichen strohgelben Teint und immer deutlicher treten die Zeichen der Erschöpfung hervor, wenn nicht Erstickung die Leiden des Unglücklichen vorzeitig ende.

Hierbei ist nur zu bemerken, dass die eben angeführten Zeichen nicht ausschliesslich der Erweichung angehören, sondern sämmtlich mehr oder minder ausgeprägt im letzten Stadio jedes Lungenkrebses erscheinen, ohne dass die Leiche diesen Vorgang bestätigt.

Meist erliegt der Kranke in wenigen Wochen diesem Uebel, doch vergehen auch Monde und Jahre über dem stets lethalen Ausgange.

Ich habe weiter oben schon angeführt, dass bei dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft die Erkenntniss dieses Leidens keineswegs mehr zu den diagnostischen Unmöglichkeiten gehöre, sondern dass bei richtiger Würdigung der gebotenen Erscheinungen und dem kunstgeübten Gebrauche des auscultatorischen Apparates eine directe Diagnose möglich sei, bevor es zur Entwickelung von subcutanen Krebsgeschwülsten gekommen ist, die nothwendig das Vorhandensein desselben über jeden Zweifel erheben würden.

Da aber eine sichere Erkenntniss dieses Leidens nur aus der gegenseitigen Vergleichung mit anderen scheinbar gleichen pathologischen Zuständen, sowie aus der genauen Prüfung jedes einzelnen Symptomes für sich sowohl als im Gegenhalte zu den übrigen Erscheinungen gewonnen werden kann, so will ich die gedachten Krankheiten, die eine Verwechslung mit Mittelfell- und Lungenkrebs zulassen dürften, vorerst anführen und durch sofort angestellte Comparation die vorgesteckte Aufgabe zu lösen suchen.

Möglicherweise kann der Mittelfell- und Lungenkrebs mit Empyem, Lungentuberkulose, Hepatisation, Hydropericardium und endlich mit Aneurisma verwechselt werden.

Vor Allem ist es wohl nur die ohnediess seltenere Form der krebsigen Infiltration, die zur Verwechselung des Lungenkrebses mit Empyem führen dürfte; denn bei den im Parenchyme zerstreuten Encephaloidtuberkeln wird wegen des interstitiellen lufthaltigen Gewebes nie eine vollkommene Dämpfung und Mattheit des Percussions-Tones beobachtet werden können. Ebensowenig wird man sich versucht sehen den Krebs des vordern oder hintern Mittelfellraumes für Empyem zu halten, da derselbe wohl nie von solchem Umfange angetroffen wird, dass er die eine oder andere Lunge total verdrängte und somit das entsprechende Cavum nach allen Richtungen auszufüllen vermöchte. Im Gegentheile wird man selbst bei Cacoplasmen von ungewöhnlicher Grösse deren unregelmässige Grenzen immer mit ziemlicher Genauigkeit mittels des Plessi-

meters zu bestimmen im Stande sein, wie das Pfaff's Fall zur Genüge beweist.

Diese Verwechselung ist daher, wie schon erwähnt, nur bei krebsiger Infiltration denkbar, und hier wieder nur bei Affection der ganzen Lunge, oder bei carcinomatöser Verwandlung der unteren Lappen oder endlich des mittleren und unteren rechterseits. Sind die oberen Lappen vom Krebse befallen, so kann wohl eine Verwechselung mit Tuberculose, nicht aber mit Empyem gedacht werden.

Die Hervortreibung einer Brusthälfte, der matte Percussionston, sowie der Schmerz in der befallenen Seite können zur Annahme eines Empyems verleiten. Vor diesem Irrthume dürften übrigens nachstehende Momente bewahren:

Die Ausdehnung der leidenden Seite bei Lungenkrebs ist nicht so gleichmässig wie bei Empyem, sondern höckerig, uneben und vorzüglich auf die Gegend der vierten bis siebenten Rippe beschränkt, während im verglichenen Falle das Exsudat nach bekannten physicalischen Gesetzen die tiefste Stelle des Cavi thoracis einnimmt und durch Druck auf das Zwerchfell und die unterliegenden Organe die Hypochondrien merklich ausdehnt. Die Mattheit des Percussionstones erstreckt sich beim Krebse selten so weit nach abwärts und zugleich nach oben. Hier hat die Veränderung der Körper-Lage keinen Einfluss auf die Grenzen des matten Percussionstones, sowie auch die Succussion kein Resultat von diagnostisch wichtiger Bedeutung zu geben vermag. Die characteristische Weichheit und das Fluctuations-Gefühl der leidenden Seite, wie wir demselben nach einiger Dauer bei Empyem begegnen, wird hier stets vermisst. Dem Krebsleidenden wird die Rückenlage eher möglich sein, als dem mit monolateralem Empyem Behafteten, der meist auf die leidende Seite gekehrt angetroffen wird.

Die anamnestischen Momente werden insoferne als Leitfaden zur sicheren Diagnose benützt werden können, als sie über die Entstehung und Dauer des Uebels häufig erwünschte Aufschlüsse zu geben vermögen. Kaum dürfte ein Lungen-

krebs von solcher Ausdehnung innerhalb eines so kurzen Zeitraumes sich entwickeln, wie ein Empyem, mit dem er verwechselt werden soll. Gewöhnlich werden Empyeme rasch, nach kurzen pleuritischen Prodromen gesetzt, während Wochen und Monate hindurch Dyspnoe, trockner Husten und periodischer Schmerz der Bildung eines so umfangreichen Cacoplasmas vorangehen.

Zieht man zu dem bereits Gesagten noch die übrigen Zeichen in Betracht, erwägt man, dass bei Empyem das Fieber meist stärker, die Gesichts- und Hautfarbe dagegen besser, dass bei so hochgradiger Entwickelung des Krebses das Gepräge der carcinomatösen Dyscrasie fast unverkennbar ist, findet man beträchtliche Venenerweiterungen, Dysphagie, suspecte Sputa und den Fortbestand des Pectoralfremitus, der beim Empyem stets verschwindet, so dürfte kaum ein diagnostischer Irrthum uns beschleichen.

Ungleich grössere Schwierigkeiten bietet die richtige Unterscheidung des Lungenkrebses von Tuberculose dar, und hier wieder insbesondere die Distinction der im Parenchyme zerstreuten Tuberkel von den Encephaloidknoten der Lungen.

In beiden Fällen ist im Allgemeinen der Percussionston gedämpft, obschon das Stethoscop wegen des zwischenliegenden gesunden Parenchyms Permeabilität der Lungen nachweist.

Eine ohne nachweisbare Ursachen auftretende Bronchitis, die zwar alsbald der geeigneten Behandlungsweise zu weichen scheint, aber schon nach wenigen Tagen mit erneuter Heftigkeit wiederkehrt, wird in diesem Falle unsere Zweifel lösen. Ueberdiess finden die für acute Tuberculose geltenden Grundsätze auch hier ihre volle Anwendung, und es dürfte sich uns über die Natur des vorliegenden Leidens kaum eine Schwierigkeit darbieten, wenn wir neben den Zeichen einer Bronchitis einen unvollkommen matten aber weit verbreiteten Percussionston bei noch bestehender Permeabilität der Lungen finden und bedenken, dass die Symptome der acuten Tuberkulose gewöhnlich sehr markirt sind.

Die Zeichen einer äusserst hartnäckigen, jeder Behandlung trotzenden Bronchitis, der Mangel aller tuberkulosen Symptome, sowie das allmälige Erscheinen der der Krebscachexie eigenthümlichen Phänomene sind demnach hier die wichtigsten Momente für die Sicherstellung der Diagnose. Tritt nun vollends im weitern Verlaufe des Uebels noch Dysphagie hinzu, ein Zeichen, das ich nie fehlen sah und desshalb für das werthvollste erachte, so unterliegt die Annahme unseres Leidens keinem ferneren Zweifel.

Die hohe diagnostische Bedeutung der Dysphagie mag aus folgendem Falle erhellen, den ich im jüngst verflossenen Jahre im Militärkrankenhause dahier zu beobachten Gelegenheit hatte.

Johann Kreim, Soldat im kgl. 10. Infanterie-Regiment, 26 Jahre alt, betrat mit Dyspnoe und Husten von geringer mukös-seröser Expectoration begleitet die Anstalt. Die vorgenommene Untersuchung ergab eine beträchtliche Abflachung der vorderen rechten Thoraxhälfte, deutliches Fremissement beim Sprechen, sowie gleichmässig gedämpften Percussionston mit gemischter, jedoch vorwaltend bronchialer Respiration und schwacher Bronchophonie. Die linke Lunge schien gesund zu sein, da an allen Stellen pueriles Athmen bei normal beschaffenem Percussionstone zu vernehmen war. Dabei war das Allgemeinbefinden des Kranken wenig getrübt, der Puls kaum merklich beschleunigt, der Appetit ungestört und alle Se- und Excretionen im gehörigen Gange.

Das Leiden wurde als Tuberculose betrachtet und die dagegen eingeleitete Behandlung, die in topischen Blutentziehungen und der Darreichung von Salmiakmixturen mit Hyoscyamus bestand, hatte zwar einige Besserung des Zustandes zur Folge, führte aber in den örtlichen Erscheinungen keinerlei Veränderung herbei, indem zwar die Brustbeklemmung und der Husten dem Kranken minder lästig fiel, in den physikalischen Erscheinungen aber nur statt des vorwaltend bronchialen Athmens sich jetzt muköse Crepitation hörbar machte,

was wohl der Wirkung des Ammonium zugeschrieben werden musste.

Die so erzielte Besserung währte indess nicht lange, Dyspnoe und lancinirender Schmerz kehrten wieder, die Expectoration zeigte deutliche Blutspuren und die Kräfte des Patienten begannen zu schwinden.

Nichts destoweniger täuschte das Uebel noch einige Male mit dem Scheine von Besserung.

Da ich mit der diagnosticirten Tuberculose durchaus nicht einverstanden war, so beobachtete ich den Kranken aufs sorgfältigste und stellte tagtäglich genaue physicalische Untersuchungen an, ohne indess, ich gestehe es offen, zu einem befriedigenden Resultate zu gelangen. Die Abplattung der rechten Thoraxwand, das Eingesunkensein der Subclaviculargegend, der Kräftezustand des Kranken, die bronchialen Rasselgeräusche, die mit beginnender Ulceration täuschten, sowie die mehr zunehmende Gefässaufregung sprachen laut für die Annahme einer Phymatosis pulmonum, während nur zwei Zeichen, die Expectoration und die Stabilität der Localsymptome, diese Ansicht verdrängen konnten, da überdiess weder die Gesichtsfarbe und dessen Züge noch sonst irgend ein Umstand das zu Grunde liegende Leiden verriethen.

So verflossen vier Wochen unter beständigem Wechsel von Besserung und Recidive in den Einzelerscheinungen, während die physicalischen Symptome sich gleich blieben, die atrophischen dagegen rasche Fortschritte machten.

Zu Ende des angeführten Zeitraumes trat endlich mit dem eigenthümlichen Gepräge der Krebscachexie plötzlich Dysphagie ein, ohne dass sich eine materielle Aenderung im Deglutitions-Apparate hätte nachweisen lassen.

Diese Erscheinung war mir eine sichere Bürgschaft für meine längst ausgesprochene Diagnose, die nun auch meinen Collegen klar zu werden anfing.

Noch volle fünf Wochen hatte der Unglückliche zu leiden, während welcher diarrhoische Stuhlungen mit mehrtägiger hartnäckiger Obstipation und heftigem Leibschmerz wechselten, die eigenthümliche Nuancirung der Gesichts-Züge immer deutlicher wurde und Oedem der untern Extremitäten sich hinzugesellte.

Am Schlusse der neunten Woche erlag er endlich unter den Zeichen totaler Erschöpfung seinem Leiden.

Der Leichenbefund bestätigte die Richtigkeit der Diagnose. Die rechte Lunge war im ganzen Umfange innig mit dem Rippenfelle verwachsen und zwischen den Pleuraplatten eine Unzahl von Krebsgebilden eingelagert, die von der Grösse einer Linse bis zu der eines Sechskreuzerstückes variirten und sämmtlich plattgedrückt den Zuckerzeltchen nicht unähnlich erschienen. Auf der Schnittfläche zeigten sie sich wie frischer Speck und waren hier und da von kleinen Gefässen durchzogen. Einige ragten zwei Linien tief in die Lungensubstanz hinein, die völlig atrophirt und geschrumpft befunden wurde. Die feineren Bronchialäste zeigten sich obliterirt, die übrigen mit zähem Schleime überfüllt und mit stark aufgewulsteter schmutzig gerötheter Mucosa ausgekleidet.

In der linken Lunge fanden sich nur wenige, gleichfalls sehr seicht in das Parenchym eingebettete Krebsmassen, in deren nächster Umgebung das Gewebe hepatisirt übrigens normal erschien.

Die Bronchialdrüsen waren wenig afficirt, während der Kopf des Pancreas und die Mesenterialdrüsen entschieden krebsig entartet und zu enormer Grösse gediehen sich darstellten.

Ausser den angeführten Desorganisationen war nichts Pathologisches wahrzunehmen.

Aus diesem Falle erhellt der Werth der Dysphagie für die Diagnose des Lungenkrebses, welche auserdem kaum mit Sicherheit hätte gestellt werden können, da überdiess weder von den characteristischen Venen-Erweiterungen noch von suspecten Geschwülsten an irgend einer Körperstelle etwas zu entdecken war.

Geringere diagnostische Schwierigkeiten bietet, wie ich oben bereits angedeutet habe, die Unterscheidung der krebsigen Infiltration von der tuberculösen, besonders wenn man bedenkt, dass die krebsige Infiltration der oberen Lappen eine höchst seltene Erscheinung ist, die uns kaum öfter, als eine tuberculöse Infiltration der untern Lappen ohne vorgängiges Ergriffensein der oberen begegnen dürfte.

Da nun erfahrungsgemäss die Tuberculose vorzugsweise die oberen Lappen zu ihrer Entwickelung sich erkührt, während die krebsige Infiltration lieber die unteren befällt, so liegt hierin schon ein wichtiges Moment für die Sicherheit der Diagnose. Erwägt man noch, dass bei krebsiger Infiltration jegliches Athmungsgeräusch des betroffenen Theiles erloschen ist, indem alle integrirenden Bestandtheile der ergriffenen Partie schnell in homogene Krebsmasse verwandelt werden, während bei tuberculöser Infiltration jedes Grades mindestens bronchiale Respiration etc. vernommen werden kann, so werden, da überdiess im letztgenannten Falle die Zeichen der Ulceration alsbald in den Vordergrund treten, der Habitus und die begleitenden Phänomene das zum vollendeten Krankheitsbilde noch Fehlende zu ergänzen vermögen.

Zur Annahme von Hepatisation kann die Dämpfung des Percussionstones und die öftere Hervorwölbung der ergriffenen Seite verleiten.

Genaue Eruirung der anamnestischen Momente wird vor diesem Irrthume bewahren und die Gegenwart der Krebscachexie, die Dysphagie und das Oedem der leidenden Seite werden den Ausschlag geben.

Der Raum, den der dumpfe Percussionston im Hydropericardium einnimmt, ist ein pyramidaler, wobei die Basis der Pyramide auf das Diaphragma, die Spitze auf das Manubrium Sterni fällt.

Kaum wird ein Mediastinalkrebs bei seiner Entwickelung sich an die angeführte Form binden, und jedenfalls muss er so beschaffen alsbald das Herz dislociren.

Zur weiteren Verhütung einer Täuschung dient hier noch die Beschaffenheit des Pulses und der Herzaction. Der Herz-

chok ist im Hydropericardium nicht mehr fühlbar, die Herztöne wie aus weiter Ferne vernehmlich und häufig unregelmässig, ebenso die Radialpulse, die immer klein zusammengezogen und sehr beschleunigt befunden werden.

Den Verdacht eines Aortenaneurisma kann der dumpfe Percussionsschall, die Dysphagie, die Palpitation und die Hervorwölbung der leidenden Stelle erwecken; doch wird auch in diesem Falle der Mangel des schnarrenden aneurysmatischen Tones, der immer lauter als selbst der systolische Ventrikelton ist, das Frémissement cataire sowie das Missverhältniss zwischen den Störungen im Kreislaufe und der Intensität des Leidens dem Arzte als sicherer Führer dienen.

Eine Verwechselung des Brustkrebses mit Aneurysma arteriae pulmonalis ist wegen des höchst seltenen Vorkommens dieses Leidens kaum zu befürchten. Jedenfalls sind die Erscheinungen hier zu auffallend als dass sie einen diagnostischen Fehler zulassen sollten, und nie dürfte wohl im Mittelfellkrebse an der Knorpelstelle der zweiten und dritten Rippe linkerseits ein so lauter, oberflächlicher und sägender Ton mit gleichzeitigem Frémissement entdekt werden können als wie im angezogenen Leiden.

Aus dem bisher Gesagten nun ergibt sich, dass die wichtigsten Momente für die Diagnose der fortdauernde Schmerz, die varicöse Entartung der Hals-, Brust- und Unterleibs-Venen, das Oedem einer Extremität, die anfangs serös-schleimige, später blutgetünchte Expectoration, die Dysphagie, das Erscheinen äusserer Geschwülste von krebsigem Character, sowie endlich die hartnäckige Fortdauer der Symptome bei der ausgedehntesten antiphlogistischen Behandlung seien, und dass alle hier angeführten Symptome — wenn auch keines für sich ausschliesslich dieser Krankheit angehört — doch in dieser Verbindung und Reihenfolge in keiner andern Affection der Lungen zur Beobachtung kommen, wodurch denn auch eine directe Erkenntniss dieses Leidens ermöglicht wird.

Weyer